

Année 1914

THÈSE

N^o

411

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} Gischa SCHMOUCLER

Née à Novy-Dvor (Russie), le 11 novembre 1886

ATROPHIE DU BASSIN

DANS LA PARALYSIE INFANTILE

ET

SES CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES

Président : M. Ch. ACHARD, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, Éditeurs

15 — Rue Racine (VI^e) — 15

1914

411

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1914

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} Gischa SCHMOUCLÈR

Née à Novy-Dvor (Russie), le 11 novembre 1886

ATROPHIE DU BASSIN

DANS LA PARALYSIE INFANTILE

ET

SES CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES



Président : M. Ch. ACHARD, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, Éditeurs

15 — Rue Racine (VI^e) — 15

—
1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TESSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	GILBERT BALLE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
Clinique gynécologique	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile	POZZI
Clinique thérapeutique	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

MM.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

AGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERRE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Je n'oublierai jamais les sacrifices
que vous avez faits pour me per-
mettre de terminer mes études et
je vous dédie ce travail comme
une faible preuve de ma profonde
affection et d'éternelle reconnais-
sance.*

A MES SOEURS

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Necker

Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre bien sincère gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. Et en le remerciant du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANCY :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

(In Memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

Médecins des Hôpitaux

A M. LE D^r SOUQUES, M. LE D^r POTOCKI
ET M. LE D^r FOIX

*Nos remerciements les plus sincères
pour les renseignements précieux.*

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre Maître, M. le Professeur Achard, à l'hôpital Necker, un cas de paralysie infantile à forme paraplégique avec atrophie du bassin. Bien que la paralysie infantile frappe de préférence les membres inférieurs et qu'elle détermine l'atrophie non seulement des muscles, mais encore des os, elle respecte souvent le bassin. Il paraît exceptionnel que l'atrophie pelvienne chez la femme relevant de cette origine donne lieu à des difficultés obstétricales.

Les motifs en sont d'abord la rareté normale de l'atteinte du bassin, puis la laxité articulaire qui est l'une des caractéristiques des lésions du squelette dans cette maladie, enfin peut-être aussi des raisons morales et « le célibat forcé des femmes affligées de l'excessive difformité qu'entraîne l'atrophie très prononcée de la moitié inférieure du corps. » (Achard et Leblanc).

Il est certain, néanmoins, que chez une femme une

atrophie pelvienne aussi considérable que chez notre malade, laisserait prévoir des difficultés obstétricales.

De fait, l'observation de notre malade a été publiée dans la *Revue de Neurologie* du 30 janvier 1914 avec le cas d'une femme chez laquelle l'atrophie, « sans avoir ce degré, a nécessité pourtant une intervention préventive » (Achard et Leblanc).

Ces deux observations furent le point de départ de notre travail et nous avons cru intéressant, sur le conseil de notre Maître, d'en rapporter l'histoire, de réunir des faits semblables et d'en faire une étude d'ensemble.

Rares sont les auteurs qui se sont occupés de cette question et peu nombreux les documents pour pouvoir tenter une étude approfondie de ce sujet. Nous sentons bien que notre travail est incomplet et nous en présentons d'avance nos excuses. Toutefois, nous croyons avoir groupé quelques observations d'une certaine valeur démonstrative qui nous permettront d'éclairer un peu cette question au point de vue clinique.

HISTORIQUE

L'attention des auteurs fut toujours attirée sur certaines atrophies pelviennes essentielles qu'accompagnent des altérations fonctionnelles, des états pathologiques ou encore l'absence de l'un ou l'autre de deux membres inférieurs. Mais aucun auteur ne s'est occupé spécialement de l'atrophie du bassin dans la paralysie infantile, aucune étude d'ensemble n'a été faite à ce sujet.

La possibilité d'une atrophie pareille est admise par certains qui ne font que signaler le fait en passant.

Volkman, cité par Charcot dans ses *Leçons sur la paralysie infantile*, s'exprime ainsi : « Même dans la paralysie infantile très limitée et très incomplète, les troubles trophiques dont il s'agit peuvent affecter le membre dans toute son étendue ; on en trouve souvent des traces au tronc, *au bassin*, aux épaules et même dans certains cas à la tête. »

P. Marie, dans ses *leçons sur « Maladies de la moelle »*, remarque que le tronc est également le siège

de déformations variées, depuis la scoliose simple, jusqu'à celles plus compliquées désignées dans le langage courant sous le nom, très expressif d'ailleurs, de cul-de-jatte. »

Dans ce dernier cas, la partie inférieure du tronc et les membres inférieurs ont été simultanément atteints et le malade est incapable d'en faire usage, soit pour la station, soit pour la locomotion. Cette déformation est en elle-même assez rare, mais chez la plupart des individus qui en sont atteints, elle est due à la paralysie infantile.

Tarnier et Budin, en remarquant que les bassins atrophiques proprement dits sont plus rares que ceux qui se dévient consécutivement à l'atrophie d'un membre inférieur, disent à ce sujet : « la paralysie spinale de l'enfance lorsqu'elle frappe la totalité d'un membre pelvien et la moitié correspondante du bassin, laisse comme trace apparente chez l'adulte une atrophie plus ou moins marquée de tous les éléments constituant des parties atteintes. »

Puis nous trouvons quelques observations disséminées dans la littérature médicale. C'est ainsi que Weiss (1877) avait observé un cas dans lequel il avait trouvé une forte atrophie du bassin ne dépendant pas du fonctionnement pathologique du membre inférieur.

Blanc (1889) avait aussi rapporté deux observations importantes et avait établi par quelques réflexions intéressantes « la comparaison du bassin de la paralysie infantile avec le bassin atrophique. Chamberlend (1890) publie une étude clinique bien documentée sur

l'atrophie congénitale ou acquise des membres inférieurs et ajoute que : « la paralysie atrophique de l'enfance est une des causes les plus fréquentes d'atrophie des membres inférieurs ; cette atrophie détermine, soit la claudication, lorsqu'elle n'est pas trop accentuée, soit l'impotence fonctionnelle absolue d'un ou même de deux membres, et peut dans certains cas retentir directement sur le bassin. »

Quelques rares observations ont paru dans ces dernières années dans diverses thèses ou mémoires. Nous ne ferons pas cette énumération ici, renvoyant pour cela au chapitre « Observations ».

ETIOLOGIE. PATHOGÉNIE

L'étiologie de l'atrophie du bassin dans la paralysie infantile est en tous points semblable à celle des autres lésions observées dans les membres inférieurs relevant de cette origine et a son point de départ dans l'altération des cellules de la substance grise des cornes antérieures de la moelle. Il est vrai que les lésions médullaires se trouvent le plus souvent localisées à la partie inférieure de la moelle et occasionnent seulement la paralysie atrophique d'une partie du ou des membres inférieurs. Mais ces lésions peuvent aussi porter sur la région de la moelle correspondant à l'innervation du squelette pelvien et alors il n'y a rien de surprenant qu'il y a véritable dystrophie de l'os iliaque et que nous retrouvons les manifestations d'atrophie dans certains bassins.

Les lésions peuvent être bilatérales.

Le bassin se développe alors d'une façon insuffisante et l'atrophie qui en résultera se constatera successivement d'après la morphologie, d'après la struc-

ture, d'après les diamètres. Le squelette pelvien gardera d'une façon générale le type infantile, avec sa forme d'entonnoir; il n'aura pas d'épaisseur normale puisque la nutrition vasculaire et trophique y aura été insuffisante; il ne présentera ni saillies, ni dépressions, par suite de l'absence d'insertion des muscles actifs. On constate surtout une réduction générale de tous les diamètres; en particulier des diamètres transversaux et des diamètres du détroit inférieur. Le plus souvent, la lésion médullaire étant unilatérale, au moins dans la période chronique de la maladie, l'atrophie du bassin sera aussi unilatérale. Il suffit d'insister sur ce fait qu'un seul des os iliaques et quelquefois aussi un seul des côtés du sacrum sera étouffé dans sa croissance en longueur et en épaisseur: l'atrophie en paraîtra d'autant plus nette que les os de l'autre côté du bassin seront normalement développés. Le côté atrophié sera beaucoup moins éloigné de la ligne médiane que le côté sain et la surface du détroit supérieur comprendra deux parties inégales: celle qui correspond au côté atrophié sera très réduite. Cette même inégalité se retrouvera sur toute la hauteur de l'excavation, puisque l'atrophie ne porte pas seulement sur la ligne innommée, mais sur l'os iliaque tout entier. Enfin, au détroit inférieur, l'ischion et l'épine sciatique seront dirigées en dedans comme dans le bassin infantile et il en résultera une nouvelle cause de diminution des diamètres transversaux du détroit inférieur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique est celle d'atrophie osseuse en général au cours de la paralysie infantile. Les éléments osseux atteints d'atrophie ne se développent pas ou se développent insuffisamment; il en résulte des modifications morphologiques plus ou moins importantes portant sur la longueur et l'épaisseur de l'os en même temps que des altérations complètes dans la structure du tissu osseux.

Achard et Joffroy les avaient autrefois décrites avec fidélité. Dans la couche superficielle du tissu compact au dessous du périoste, les canaux et les systèmes de Havers présentent des dimensions sensiblement égales dans l'os normal et dans l'os atrophique. Mais il n'en est plus de même dans les couches profondes du tissu compact, au voisinage du canal central: dans cette région, en effet, les systèmes de Havers ont subi dans l'os atrophie, une réduction considérable, et on peut dire qu'en moyenne leur étendue est moitié moindre que dans l'os normal. De plus, dans l'os atrophie, les

systèmes de Havers, au lieu de se toucher presque tous, comme dans l'os normal, sont presque tous séparés par une certaine épaisseur de tissu osseux appartenant au système intermédiaire. Tout examiné sur une coupe l'os apparaît régulièrement arrondi au lieu de présenter comme à l'état normal, des crêtes et des dépressions. Tout cela résulte de l'atrophie des muscles, car c'est l'activité musculaire qui sur un membre sain modèle l'os et amène le développement du tissu compact sur les points où s'exercent les tractions les plus considérables. D'autre part, la substance osseuse est moins abondante et l'os se laisse plus facilement traverser par les rayons X. (Achard et L. Levi.)

Nous savons que les cellules nerveuses des cornes antérieures lésées ne sont pas seulement motrices, ce sont aussi des cellules trophiques présidant à la nutrition des tissus des régions déterminées. Les muscles qui en dépendent seront atteints d'incapacité fonctionnelle et ils subiront aussi un processus d'atrophie ; on constatera aussi que les vaisseaux de cette région ont leurs parois amincies, leur calibre réduit et il en résultera une vascularisation insuffisante de la région apportant ainsi une nouvelle cause d'atrophie.

CONSEQUENCES OBSTÉTRICALES

Fréquemment la paralysie infantile laisse le bassin en assez bon état pour que l'accouchement s'y fasse normalement. Mais il n'en est pas de même d'après les observations, peu nombreuses d'ailleurs, dans la littérature médicale, lorsque l'atrophie porte sur le bassin.

Peu étudiée jusqu'ici ces dernières années, l'influence de la paralysie infantile sur la conformation du bassin a surtout été mise en lumière par Blanc, Schauta, Chambrelent. Bien avant, Dépaül (1876), dans son article « Bassin » du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales consacre quelques lignes à cette question en disant que l'accouchement se fait toujours bien et si parfois on observe un résultat contraire la cause en est due à une déviation de la colonne lombaire ou bien à l'*atrophie* ou au développement incomplet de l'os iliaque du côté malade.

Belluzi (1877), Kourer (187), Schauta (1888) s'occupent de la question et donnent quelques observations

nouvelles. Blanc (1889) ajoute quelques nouveaux faits cliniques. Mais il faut arriver jusqu'à Chambrelent, chargé de la clinique obstétricale à l'école de médecine de Toulouse, pour trouver une étude clinique un peu détaillée sur ce sujet. Dans son mémoire, dans les annales de gynécologie (1890) il publie sept observations dont 4 personnelles et conclut comme suit : « ces observations nous montrent que les lésions de la paralysie atrophique de l'enfance, même lorsqu'elles sont très marquées n'entraînent généralement pas de lésions pelviennes telles que l'accouchement soit rendu impossible ou même difficile ; donc lorsqu'on se trouve en présence d'une femme enceinte atteinte de boiterie par suite d'atrophie d'un ou de deux membres inférieurs, on ne devra pas aussitôt porter un pronostic grave sur l'issue de la grossesse ; il faudra tout d'abord s'enquérir avec soin de l'état du bassin.

Boudry (1891) publie une observation qui vient encore affirmer la bénignité de ce genre de viciation.

La même année apparaît la thèse de Prouvost. Cet auteur étudie à part les bassins viciés par paralysie atrophique et d'après les observations et l'examen des pièces il en étudie la pathogénie, l'anatomie, la pathologie et le pronostic. Il arrive à cette conclusion : « en général l'accouchement se termine spontanément ; et quand il y a dystocie, c'est l'élément *atrophie* plutôt que l'élément boiterie qui est en cause. »

Mais c'est surtout à Anderodias (1900), que revient le mérite d'avoir insisté sur le fait que les déformations pelviennes à la suite de la paralysie infantile

peuvent tenir de l'atrophie ou de la boiterie et d'avoir établi par une observation personnelle et par une revue critique que le pronostic n'est pas toujours aussi bénin qu'on aurait pu le croire d'après les premières publications. Il put, en effet, réunir cinq observations dans lesquelles le bassin était suffisamment retréci pour porter obstacle à l'accouchement naturel. Il est un facteur, dit l'auteur, qu'il est très important de faire entrer en ligne de compte, c'est l'*atrophie de l'os côxal*.

L'année suivante (1901) apparaît la thèse de doctorat de Roux de Badelhoc de Bordeaux sur les viciations pelviennes dans la paralysie infantile et ses conséquences obstétricales qui ne fait que confirmer les idées d'Andérodias.

Enfin, en 1911, Gaujoux de Montpellier, dans sa thèse de doctorat, portant le même titre, rapporte quelques nouvelles observations des accouchements dystociques dont la cause était presque toujours l'atrophie du bassin.

DIAGNOSTIC - PRONOSTIC

Lorsqu'on se trouve en présence d'une femme enceinte ayant été atteinte dans son enfance de paralysie atrophique, faut-il avoir soin de bien rechercher la topographie des lésions et d'établir, par des mensurations bien prises, le degré d'atrophie du côté malade par rapport à l'autre, surtout pour les fémurs et les os iliaques.

On peut toujours reconnaître sur un des membres inférieurs les traces de la paralysie infantile. Il est notablement plus court, les os sont plus grêles et les masses musculaires atrophiées; on constate l'existence du pied bot presque toujours varus-équín. Dans certains cas, la paralysie et l'atrophie sont telles que la station n'est pas possible sur le membre malade (membre de polichinelle). La marche est parfois impossible sans béquille.

Lorsque la paralysie a atteint aussi la région pelvienne, il y a atrophie de tout le massif des parties molles; la région fessière est aplatie, le pli sous-fessier est abaissé.

A. l'examen pelvimétrique externe, on remarque l'inégalité de volume des os iliaques. Cependant, ce n'est qu'après un examen soigneux des parois internes du bassin, qu'on peut se prononcer sur la terminaison probable de l'accouchement. Les deux lignes innommées doivent être successivement explorées ainsi que la forme et la situation du sacrum pour savoir si une des moitiés du bassin est plus large que l'autre, chose qui est très importante à considérer au point de vue de pronostic.

Le pronostic est lié surtout à *l'atrophie de l'os iliaque* plus qu'à la boiterie (Prouvost).

Dans la plupart des cas qui se sont terminés par un accouchement naturel, l'observation indique que la paralysie ne portait que sur les derniers segments du membre inférieur, presque jamais l'os coxal et la cuisse du côté malade n'étaient atteints.

Dans tous ces bassins, la viciation s'est établie par claudication : tout le poids du corps étant supporté par le membre sain, c'est l'os coxal de ce côté qui s'est aplati, n'entraînant en somme qu'une très légère déformation, pas assez considérable pour causer une dystocie grave.

Dans les autres cas, nous trouvons, au contraire, tous les segments du membre inférieur touchés par la maladie ; quelques observations indiquent même que c'est l'os coxal qui était le moins épargné. Dans ces conditions, on a alors un rétrécissement de deux moitiés du bassin ; rétrécissement dont le plus considé-

nable siège presque toujours du côté malade. « Si alors la claudication déforme le côté atrophié, l'aplatissement arrive à son maximum : l'os coxal malade, plus malléable qu'à l'état normal se laisse effacer et refouler en dedans. C'est ce qui est arrivé dans les cas où la dystocie était sérieuse. » (Andérodias).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Publiée dans la *Revue de Neurologie* du 30 janvier 1914,
par MM Achard et Leblanc).

Paralysie infantile à forme paraplégique ; atrophie du bassin.

Vann..., âgé de 49 ans, chanteur ambulant, entré le 3 janvier 1914, à l'hôpital Necker, salle Vernois.

Atteint de paralysie infantile depuis l'âge de six ans, il ne présente rien de particulier dans ses antécédents de famille. Il a eu la diphtérie à 10 ans, et la fièvre thyhoïde à 15 ans. Il s'est marié et a trois enfants vivants et bien portants. Le malade ne peut préciser les circonstances qui ont accompagné le début de la paralysie infantile ; ce début paraît néanmoins avoir été brusque et l'infirmité actuelle a suivi aussitôt. On est frappé par la disproportion considérable qui existe entre la partie supérieure du corps et la partie sous-ombilicale. Le thorax, la ceinture scapulaire et les membres supérieurs ont un développement normal et répondent à ceux d'un homme de

haute stature. La partie inférieure du tronc et les membres pelviens ressemblent à ceux d'un enfant de 10 ans. A la main gauche, on remarque une déformation notable ; mais il ne s'agit pas d'une main-bote paralytique : le premier métacarpien est fortement incurvé en avant, son épiphyse supérieure est très saillante et l'éminence thénar est un peu aplatie, les mouvements d'opposition du pouce sont très limités. Cette déformation paraît devoir être attribuée à la fonction un peu spéciale que remplit la main pendant la progression du malade.

Le bassin est très réduit dans ses dimensions. Les os iliaques sont peu développés en hauteur, les crêtes iliaques sont arrondies et se laissent mal sentir, les épines iliaques sont beaucoup moins éloignées que ne l'indiquerait la largeur du thorax ; l'épine iliaque antéro-supérieure est très voisine de l'épine pubienne. Le sacrum semble participer à ce défaut de développement. Les organes génitaux externes, normalement développés, contrastent avec les parties environnantes.

A la région lombaire on constate lordose très prononcée, sans doute consécutive à l'attitude que prend le malade pour marcher. Les deux membres inférieurs sont atrophiés, mais d'une façon un peu différente. Le membre inférieur droit est le moins atteint fonctionnellement et capable encore de certains mouvements actifs ; flexion complète de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse, flexion et extension du pied. Les mouvements des orteils ne persistent qu'en partie. Le mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse est complètement aboli.

Passivement il ne peut même être exécuté au delà de l'angle droit, par suite d'une rétraction tendineuse des muscles postérieurs de la cuisse. Les articulations sont très lâches. La



hanche est absolument baillante ; on peut imprimer au genou des mouvements de latéralité. La même laxité se constate à l'articulation du tibio-tarsienne et aux articulations du tarse.

Les os sont très diminués de volume, en longueur et en épaisseur. Le fémur, difficile à sentir, est incurvé en dedans à sa partie inférieure.

Le tibia présente une concavité interne, une saillie anormale de ses épiphyses et surtout de la malléole. Son diamètre est très diminué, mais on constate une crête tibiale un peu mousse. Les muscles de la loge antéro-externe de la jambe sont d'ailleurs assez développés.

Au pied on constate une déformation très marquée des orteils sur la face dorsale, le cuboïde, qui s'est déplacé en dehors et en haut et qui ne répond plus qu'en partie à la grande apophyse du calcanéum, fait une forte saillie.

Sur la face plantaire, très fortement creusée, le talon antérieur est très saillant et les orteils sont un peu retractés en griffe. L'atrophie musculaire est très accusée ; elle atteint partiellement les muscles fessiers, ceux de la loge postérieure de la cuisse et de la loge antéro-externe de la jambe. Le quadriceps fémoral et le triceps sural ont complètement disparu.

Au membre inférieur gauche, on trouve les mêmes lésions, mais plus accentuées.

L'impotence est absolue ; le membre est complètement baillant. Les articulations de la hanche et du cou-de-pied sont d'une laxité telle qu'on peut mettre la cuisse dans toutes les attitudes possibles. Au genou, comme du côté droit, mais à un moindre degré, il existe une rétraction tendineuse en flexion. Le pied est moins creux que du côté droit. Au centre les orteils sont très fortement rétractés en griffe, immobilisés dans

cette position, une ankylose secondaire s'étant produite dans les petites articulations du pied. Le tibia, facilement perceptible au toucher, est plus atrophié que du côté droit ; sa forme est en quelque sorte indifférente, son contour est rond et dépourvu de crête. Les muscles jambiers et extenseurs des orteils ne paraissent pas exister. On ne provoque pas de réflexes rotuliens ni achilléens, ni de réflexes cutanéoplan-taires. Le réflexe crémasterien est normal. Les membres inférieurs sont un peu refroidis, mais non cyanosés. On constate au membre inférieur gauche une anesthésie très marquée. Le malade ne peut se tenir debout. Il se déplace cependant d'une façon toute spéciale et un peu différente de celle des culs de jatte ordinaires. Il replie sous le siège le membre inférieur droit de manière à s'accroupir sur le pied droit, qui supporte le poids du corps, en même temps qu'il s'appuie sur la main droite, étalée sur une planchette. Puis il empoigne de la main gauche le pied du même côté pour déplacer ce membre inférieur, complètement impotent. Pour avancer, il prend point d'appui sur la main droite et fléchissant au maximum la cuisse sur le bassin, il entraîne en avant la jambe et le pied droits. Le mouvement est difficile en raison de l'impossibilité pour la jambe de s'étendre sur la cuisse. Ensuite, pour avancer du côté gauche il prend point d'appui sur le pied droit et, comme il peut fléchir la jambe sur la cuisse, il parvient à entraîner en avant tout le tronc. Il ne lui reste plus alors qu'à faire avancer sa jambe gauche à l'aide de la main correspondante.

Mensuration

Bassin : Diamètre bi-iliaque 31 centimètres

Membres inférieurs :	Droit	Gauche
Fémur : de l'épine pubienne au condyle interne.	38	38
Tibia : du condyle interne du fémur à la malléole interne.....	38	37
Longueur du pied : du talon à l'articulation phalango-phalanginienne du gros orteil....	20	19
Cuisse : à quatre travers du doigt au-dessus du condyle interne.....	26	26
Mollet : circonférence maxima.....	22	21

La santé générale du malade est bonne ; il n'est entré à l'hôpital que pour une bronchite légère. Il aurait eu seulement, il y a quelques mois une orchite-épidymite dont il ne reste plus de trace.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le docteur Souques, à Bicêtre.)

Paralysie infantile à forme paraplégique ; Atrophie du bassin

H. F..., âgé de 27 ans, mailliste.

Antécédents héréditaires : Père mort à 35 ans de cause inconnue, mère morte paralysée à Ivry.

Le malade a eu une sœur plus âgée, morte de cause inconnue également, mais elle n'a pas été paralysée. Le malade est un seul enfant vivant. *Antécédents personnels* : Le malade est né dans de bonnes conditions et jusqu'à 3 mois il était « comme les autres enfants ». A trois mois il aurait eu des convulsions et à ce moment il semble que les membres supé-

rieurs auraient été paralysés en même temps que les membres inférieurs.

Il ne peut dire si ses membres supérieurs ont été longtemps paralysés, mais dès qu'il a pu se rendre compte des choses et aussi loin que peuvent aller ses souvenirs, il s'est toujours vu paralysé des membres inférieurs, les membres supérieurs fonctionnant normalement.

A l'âge de 5 ans, il a été placé à Ivry. Il y est resté jusqu'à l'âge de 20 ans à la section des enfants. Transféré à la section des vieillards, il en sort pour rentrer à Bicêtre le 14 août 1912.

Examen actuel : Il s'agit d'un homme présentant une atrophie complète avec impotence presque absolue de deux membres inférieurs si bien que pour se déplacer, le malade s'avance comme suspendu à l'aide de deux béquilles. Il y a un contraste frappant entre la moitié supérieure du tronc qui est fortement musclé et la moitié inférieure qui est grêle, atrophique et cylindrique.

Le bassin paraît notablement atrophie, les os iliaques sont peu développés, le malade peut difficilement placer ses deux épines iliaques sur un même plan transversal et de garder le tronc dans une rectitude relative.

Les organes génitaux sont normalement développés. Vu du dos le malade présente une scoliose à concavité à droite avec courbure de compensation dorso-lombaire.

Les membres inférieurs présentent une atrophie extrême des muscles et des os.

Du côté droit le malade est plus impotent que de son côté gauche. La cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse à 120° environ, le pied en extension touchant le sol par la pointe, le talon étant écarté de 5 à 6 centimètres. Le mem-



bre en totalité est en rotation externe. Tout mouvement actif de ce côté est impossible, par contre les mouvements imprimés sont très faciles. La cuisse est complètement mobile sur le bassin, toutes les articulations sont très lâches. L'atrophie musculaire est plus accentuée qu'à gauche.

Du côté gauche : Déformation à peu près analogue pour ce qui est de la flexion de la cuisse et de la jambe, mais ici le pied ne repose pas par la pointe. Les orteils sont repliés dans la plante si bien que c'est la tête des métacarpiens ou le dos de la première phalange des doigts qui repose sur le sol.

Les saillies musculaires sont plus développées qu'à droite, notamment au niveau du triangle de Scarpa qui est moins excavé qu'à droite, au niveau du quadriceps crural et des muscles du mollet. Les mouvements passifs sont possibles. Le segment du membre encore ballant, mais dans une certaine mesure le malade s'oppose aux mouvements imprimés à son membre.

Rien à signaler du côté des membres supérieurs.

Pas de troubles de la sensibilité.

Comme troubles vaso-moteurs : froideur des pieds et une rougeur qui monte jusqu'aux cuisses. Les reflexes rotuliens et plantaires sont abolis, le reflexe crémastérien est normal.

Mensuration

Bassin diamètre bi-iliaque,	26	centimètres
Membres inférieurs		
	Droit	Gauche
Fémur de l'épine pubienne au condyle interne.	31	32
Fibres : du condyle interne du fémur à la mal- léole interne.	31	31
Cuisse : à quatre travers du doigt au-dessus du condyle interne	20	21
Mollet : circonférence maxima	15	19

OBSERVATION III

(Résumée d'après Achard et Léopold Lévi Radiographie des os dans la paralysie infantile Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, nov. 1897).

Paralysie infantile à forme paraplégique plus accusée du côté gauche. Atrophie du bassin. Scoliose.

Bannielle Emile, âgé de 52 ans, tailleur d'habits, entre le 3 mars 1897, salle Parot, dans le service de M. Achard, à l'hôpital Tenon.

Antécédents héréditaires : Son grand-père est mort à l'âge de 36 ans, de phtisie pulmonaire, son père mort à 46 ans de la même maladie. Une sœur est morte poitrinaire à l'âge de 33 ans.

Antécédents personnels : Il est né des parents très jeunes, à l'âge de 12 ans il contracta une fièvre typhoïde, une pleurésie à gauche à l'âge de 32 ans.

Atteint de paralysie infantile depuis l'âge de 2 ans, il présentait une paraplégie. Malgré son affection, le malade put prendre un métier, celui de tailleur. Pour essayer les vêtements à ses clients, il les faisait approcher d'une table sur laquelle il s'asseyait.

B... travaillait ainsi, les jambes croisées

Examen actuel. Le malade peut se tenir debout appuyant sur ses béquilles. Il repose sur le sol par son pied droit, alors que la jambe gauche légèrement fléchie a son talon à 20 centimètres du niveau du sol. Vu du dos, il présente une scoliose

à convexité droite de la colonne vertébrale. Tout le corps semble avoir son axe dévié de haut en bas et de droite à gauche, de telle façon que la rainure interfessière occupe cette direction, que la fesse droite est plus basse que la gauche. L'attitude est due à une atrophie du squelette du bassin, qui s'étend à tous les os du membre. Il faut signaler en outre que tandis qu'à droite l'épine iliaque antéro-supérieure est à 3 centimètres du bord inférieur des côtes, du côté gauche le bassin pénètre dans les côtes.

Les mouvements spontanés sont limités surtout à gauche. A droite, les mouvements du pied s'accomplissent tous.

Pour les mouvements provoqués, ils sont, en général, tous possibles du côté droit.

Les membres inférieurs sont le siège d'atrophie et de déformation. La peau qui recouvre est atteinte de troubles vasomoteurs. Sans compter une température inférieure à celle du reste du corps, il faut signaler la teinte violacée que présente la face dorsale du pied, surtout à gauche, à la suite de la station verticale ou de la marche.

L'atrophie musculaire très marquée se traduit par les mensurations suivantes :

	Gauche	Droite
Cuisse : à 15 centimètre au-dessus de base de		
la rotule	23	24
Au niveau de la racine du membre	31	38
Jambe : à 10 centimètres au-dessus de la pointe		
de la malléole externe	16	16 1/2
Jambe à 12 centimètres au-dessus	19	22

Les reflexes rotuliens sont abolis, pas de troubles de sensibilité.

OBSERVATION IV (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Pierre Marie,
à la Salpêtrière).

Paralysie atrophique de quatre membres; atrophie du bassin.

E. D..., âgée de 28 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Bien constituée à la naissance elle a marché à 9 mois. Atteinte des convulsions à onze mois, la malade fût arrêtée dans sa marche ayant tous les quatre membres paralysés. Ce n'est que vers l'âge de 9 ans qu'elle commence à marcher en boitant fortement.

État actuel : La malade présente une atrophie de tout les quatre membres, plus prononcée à droite qu'à gauche. L'atrophie porte surtout sur les extenseurs aux membres inférieurs. Le thorax est aplati. Vue du dos elle présente une scoliose dorsale à convexité à gauche et en même temps une atrophie des masses sacrolombaires de telle sorte que la malade pour se tenir debout est obligée de redresser le tronc en arrière.

Le membre inférieur gauche est moins atteint fonctionnellement et capable encore de certains mouvements actifs : flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse, flexion et extension du pied. Le membre inférieur droit ne peut exécuter aucun mouvement. La hanche est baillante. La même laxité se constate à l'articulation tibio-tarsienne et aux articulations du tarse.

On ne provoque pas de reflexes rotuliens, ni achilléens. Pas



de troubles de sensibilité. Quant au bassin il est irrégulier, asymétrique qu'on voit très bien à la radiographie. L'os iliaque droit surtout est diminué en hauteur en même temps que l'épaisseur de l'os est réduite. La distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à la ligne médiane est plus petite à droite qu'à gauche. Le sacrum est légèrement dévié du côté droit.

Aux membres supérieurs les mouvements volontaires sont abolis, elle arrive cependant à mettre en opposition le pouce avec le médius de deux côtés. Peut écarter le bras gauche du corps en faisant mouvoir la ceinture scapulaire. Du côté droit elle ne peut faire aucun mouvement d'abduction.

Mensuration.

Bassin : Diam. bi-iliaque.....	22 centim.	
	Droit	Gauche
Fémur : de l'épine du pubis au condyle interne.....	33	34
Tibia : du condyle interne à la malléole interne.....	33	35
Cuisse : à quatre travers du doigt au-dessus du condyle interne	28	31
Mollet : circonférence maxima ...	24	26

OBSERVATION V (Personnelle)

(Recueil dans le service de M. le docteur Souques, à Bicêtre)

Paralyse infantile à forme paraplégique ; Atrophie du bassin

F. H..., âgé de 21 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents de famille. Bien constitué à la naissance, il a

eu des convulsions à 27 mois (avant il marchait en se tenant le long des murs) et l'infirmité actuelle a suivi aussitôt.

Examen actuel : Le malade ne peut pas se tenir debout, il marche à quatre pattes en se maintenant sur les deux mains et les deux genoux et traînant derrière lui ses jambes. On remarque le contraste que présente la moitié supérieure du corps avec la partie sous-ombilicale.

Le thorax est fort bien développé du côté droit, le bras droit fort contrastant avec les autres membres : le membre supérieur gauche et les membres inférieurs très atrophiés.

L'atrophie porte également sur le bassin surtout sur la moitié gauche, les muscles fessiers sont très atrophiés de ce côté.

La distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à la ligne médiane est deux fois plus grande à gauche qu'à droite. Le organes génitaux sont développés normalement.

Au dos on remarque une scoliose dorsale inférieure à convexité tournée vers la droite.

Les deux membres inférieurs sont atrophiés presque également de deux côtés. Le membre inférieur droit est moins atteint fonctionnellement et capable encore de certains mouvements actifs. Il est en léger valgus-équiniisme, il ne peut être redressé directement, mais les mouvements d'extension et de flexion des orteils se font assez bien.

A la jambe, les mouvements de flexion et d'extension sur la cuisse sont esquissés, les mouvements d'abduction et d'adduction se font faiblement. Les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin sont possibles, mais affaiblis.

Le pied gauche est tombant en varus-équiniisme, le gros orteil légèrement fléchi avec tendance à le mettre sous les autres orteils qui tendent également à fléchir. Tous les mou-



vements volontaires sont abolis ; seuls les orteils esquissent une légère flexion. Du côté de la cuisse la flexion et l'extension sont impossibles ; l'abduction et l'adduction se font très faiblement.

On remarque de deux côtés une rétraction du tendon d'Achille qui empêche de relever le pied.

Il y a également une rétraction tendineuse des muscles de la région externe de la cuisse de deux côtés qui empêche l'extension de la jambe sur la cuisse. Toutes les articulations sont très lâches, la hanche est absolument baillante.

On ne provoque pas de reflexes rotuliens, ni achilléens. Le reflexe crémastérien est normal. Pas de troubles à sensibilité tactile, thermique et à la douleur. Comme troubles vaso-moteurs, une froideur et une rougeur des extrémités remontant jusqu'aux haut des cuisses.

Aux membres supérieurs, le côté droit est normal, mais le côté gauche est très atteint. Les mouvements se font très péniblement de ce côté. L'atrophie porte surtout sur le bras, l'avant-bras est moins atrophié, la main est à peu près de même aspect que celle du côté droit.

Mensuration

Bassin : diamètre bi-iliaque.....	24	centimètres
Membres inférieurs :		Droit Gauche
Fémur : de l'épine pubienne au condyle interne.....	22	22
Tibia : du condyle interne du fémur à la malléole interne.....	21	21
Cuisse : à quatre travers du doigt au-dessus de la malléole interne.....	23	23
Mollet : circonférence maxima.....	19	17
Bras : circonférence maxima	26	18
S.		3

OBSERVATION VI (Th. Gaujoux)

(Musée de la clinique Tarnier (1), bassin de paralysie infantile)

Bassin d'adolescent vicié par atrophie uni-latérale.

La paralysie infantile a dû porter primitivement sur tout le membre inférieur gauche ; on constate, en effet, que le fémur de ce côté gauche est beaucoup moins développé que le fémur du côté droit, la surface de section étant de 1,5 à gauche pour 2 à droite, et la circonférence de la diaphyse fémorale étant de 4 cent. à gauche pour 5,1 à droite.

L'atrophie, si nette sur la partie supérieure du fémur, porte aussi sur l'os iliaque de ce même côté gauche ; cet os iliaque est diminué dans sa hauteur, en même temps que l'épaisseur de l'os est très réduite ; les branches du pubis sont particulièrement étroites et fragiles, et la symphyse est légèrement déviée vers la droite. De ce même côté gauche, l'aile iliaque est redressée et l'ischion, diminué de volume, est très rapproché de la ligne médiane. Le sacrum est légèrement dévié vers la gauche ; c'est ainsi que la base du sacrum a une longueur de 10 cent. comprenant 5,5 à droite pour 4,5 à gauche.

La mensuration des principaux diamètres du bassin donne les chiffres suivants :

(1) La photographie de ce bassin a été donnée dans le *Traité de l'art des accouchements* de Tarnier et Budin, t. III, p. 1. Prouvost l'a étudié dans sa thèse sur le bassin des boîteuses.

Bicrête médian	22
Bi-iliaque antéro-supérieur.....	22,5
Hauteur de l'os coxal gauche.....	12,5
Hauteur de l'os coxal droit	13,5
D. bi-ischiatique	7,5

OBSERVATION VII (Th. Roux de Badilhac)

(D'après Weiss, *Bei hochgradig ferangtem, platten, kindlich
• atrophischen Becken.* Marbourg 1877.)

*Paralysie atrophique de deux membres inférieurs, avec reten-
tissement notable sur le bassin.*

Fille de 23 ans, primipare atteinte peu de temps après sa naissance, d'une paralysie complète des membres inférieurs. Cette paralysie reste si prononcée que, malgré un bon état général, la jeune fille ne pouvait ni rester debout, ni même se mouvoir sur le sol en glissant sur les coudes et sur les genoux. La menstruation s'établit à l'âge de 13 ans.

En 1877, une grossesse amena la paralytique dans le service de Dorhm. On constate à son entrée une grossesse à terme, une présentation du sommet en O. I. G. A. Elle mesure 1^m 25. Bien développée dans la partie supérieure du corps, elle présente une paralysie flasque de deux membres inférieurs. Le bassin avait les dimensions suivantes :

Entre les épines iliaques antéro-super...	19,3
Entre les crêtes iliaques.....	20,1
Inter-ischiatique	7,7

Il y avait à l'entrée de l'excavation, une réduction moyenne de 4 cent. dans l'étendue des lignes principales. Cette réduction se continuait le long des parois de l'excavation jusqu'à la sortie du bassin, qui prenait ainsi la forme dite en entonnoir.

Il s'agissait donc d'une paralysie atrophique des deux membres inférieurs, avec retentissement notable sur le bassin, qui avait pris la forme du bassin généralement rétréci, aplati.

On se proposa de faire l'opération césarienne au moment de l'accouchement. Lorsque le travail fut déclaré, on remarqua que la tête, transversale et défléchie, tendait à s'engager.

L'expulsion se termina, en effet, spontanément.

Le fœtus avait succombé par le fait d'une procidence du cordon. Il pesait 2 kg. 439 ; sa tête était petite, molle, ses sutures crâniennes larges.

OBSERVATION VIII (Th. Prouvost).

Paralysie infantile à l'âge de 2 ans et demi. Atrophie unilatérale du bassin. Accouchement provoqué à 7 mois 3 semaines.

La nommée Mathilde L..., primipare, entre à la clinique salle de gynécologie, le 25 février 1898, âgée de 33 ans, fleuriste, née à Paris.

Antécédents héréditaires : Sa mère est comme elle, boiteuse.

A l'âge de deux ans, elle aurait été affligée d'une luxation de la hanche qu'on n'a pu réduire. Cette femme, aujourd'hui

âgée de 53 ans, est accouchée à neuf mois spontanément.

Rien à noter du côté des frères et sœurs de la malade.

Antécédents personnels : Atteinte à l'âge de 2 1/2 de convulsions, la jambe droite fut aussitôt paralysée. Peu à peu, tout le membre inférieur fut atteint par la maladie et elle dut garder le lit pendant 6 mois. Puis elle marcha en utilisant sa jambe paralysée, le pied n'appuyant que par la pointe.

Etat actuel : On constate une atrophie considérable de tout le membre inférieur droit. Si on commande à la malade de mettre le membre à l'abduction, ce mouvement est à peu près complet, mais on remarque alors que le pied droit regarde en haut et en dedans par sa face plantaire, par suite du relâchement manifeste de l'articulation tibio-tarsienne. La région fessière droite est aplatie, beaucoup moins saillante que la gauche, les muscles sont également de ce côté, atrophiés et sans consistance.

L'examen obstétrical : La paroi pelvienne du côté sain présente un léger degré d'aplatissement ; le côté malade est atrophie et facilement accessible dans toute son étendue.

L'aileron du sacrum est moins développée que du côté opposé. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 9 cent. 6 (sous déduction). En outre, la branche ischia-pubienne droite est moins oblique que celle du côté sain. Le diamètre bischiatique est de 9 centimètres.

M. le professeur Tarnier décide un accouchement prématuré à 7 mois et 3 semaines depuis la dernière époque menstruelle. Résultat bon pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION IX (rapportée par Andérodias et Roux
de Badilhac.)

Opération césarienne, Rétrécissement général du bassin.

Paralysie des extrémités inférieures dans le premier âge.

Mendiant, qui, à l'âge de deux ans et demi, a été atteint de paralysie des membres inférieurs. Tandis que la moitié supérieure du corps était suffisamment développée, la moitié inférieure (bassin et membres inférieurs) était le siège d'une atrophie considérable. Le bassin, très incliné, présentait un aspect nettement asymétrique et mesurait dans son conjugé externe, 15 cent. 5 et 8 cent. 5 dans son conjugé diagonal. L'inter-ischiatique avait 7 cent. « Les muscles situés à l'extérieur du bassin étaient atrophiés, et le doigt, pendant le toucher, pouvait être perçu au dehors par la vue et le palper. »

Kourrer fit l'opération césarienne au terme de la grossesse, avec succès pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION X (Th. Gaujoux).

*Application du forceps. Atrophie du membre inférieur droit :
atrophie unilatérale du bassin.*

Andréa B..., âgée de 19 ans, entre à la clinique le
10 avril 1903.

Il n'y a pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Nourrie par sa mère, elle a marché à 16 mois ; mais à l'âge de deux ans, elle a été arrêtée par une paralysie infantile portant sur tout le membre inférieur droit ; la marche a été interrompue et l'enfant est restée au lit jusqu'à 7 ans.

La marche est redevenue possible, mais la femme boite et toute la jambe droite est atrophiée.

A l'examen on constate que cette atrophie a influé aussi sur la conformation du bassin.

Les mensurations faites donnent : pour le bi-épineux, 21 ; pour le bi-crête, 24,5 ; pour le bi-trochantérien, 28,5. Au toucher on constate que l'os iliaque droit est atrophié ; de ce côté, on sent le détroit supérieur sur une large étendue, mais on n'atteint pas le promontoire.

Cette première grossesse a évolué sans incident.

Il y a présentation du sommet en O I. D. T.

Le travail réclamé et n'avançant pas on termine l'accouchement par une application du forceps.

OBSERVATION XI (Th. Gaujoux).

(Résumée d'après Trindondani, in *Annali di obstetrica e ginecologia*, sept. 1902, observ. 3.)

Application du forceps. Atrophie unilatérale du bassin.

F. F.,, 32 ans, a souffert à l'âge de 5 d'une maladie fébrile à marche lente pour laquelle elle dut garder le lit assez longtemps ; le membre inférieur gauche resta atrophié et paralysé.

Elle marche en boitant, non seulement à cause de faible inégalité de longueur des extrémités inférieures et d'une contracture permanente de la musculature interne de la cuisse gauche, mais aussi parce que la marche, même de courte durée, lui procure une vraie douleur au côté gauche du bassin. Les déformations sont localisées au membre inférieur gauche, qui est plus court que le droit de 7 centimètres; le genou est en valgus, le pied en varus équin; la cuisse est en forte adduction par contracture de la masse musculaire de la région interne de la cuisse.

Du côté du bassin on trouve un promontoire accessible, avec conjugué anatomique de 11 et conjugué vrai de 9,5; la moitié gauche du bassin est notablement réduite et aplatie. la ligne innommée de ce côté tend à être rectiligne; la tubérosité ischiatique est fortement portée en dedans, et le diamètre bi-ischiatique est de 9,5; la musculature correspondant à ce côté est mal développée.

La grossesse a été bien supportée. La femme entre en travail qui se fait lentement. Après une journée de travail la tête reste jetée au bas de l'excavation. On procède à une application du forceps et on extrait un enfant vivant, de développement normal.

OBSERVATION XII (Th. Gaujoux).

*Application du forceps. Atrophie unilatérale du bassin
du côté droit.*

Marie B..., âgée de 26 ans, entre à la clinique le 5 mai 1909.
Les antécédents héréditaires ne méritent pas d'être signalés.

L'enfant, élevée au sein, en nourrice, a marché à deux ans : une paralysie infantile est alors survenue, se localisant sur tout le membre inférieur droit et se propageant sur le bassin du même côté.

La grossesse a été bien supportée. La femme entre en travail, il y a rupture spontanée de la poche des eaux. Peu après, un écoulement sanguin se produit et devient de plus en plus important ; les bruits du cœur sont très irréguliers et se ralentissent.

M. le Professeur Fabre, appelé, fait rapidement une application du forceps. L'extraction se termine sans incidents ; on constate que l'hémorragie était causée par un décollement placentaire. Les résultats de l'opération ont été bons pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION XIII (Roux de Badilhac).

(Résumée d'après Blanc, *Arch. de tologie*, 1889).

Application du forceps, bassin atrophié dans sa moitié gauche.

X..., 27 ans, tailleuse, entre à la clinique le 4 décembre 1888. Elle est primipare, bien réglée depuis l'âge de 18 ans.

Grosse à terme. Pas d'antécédents spéciaux à signaler. Cette femme est grande, bien conformée dans la moitié supérieure du corps. Mais elle présente une atrophie considérable du membre inférieur gauche. L'atrophie est extrême et la paralysie presque complète. C'est à peine si la malade peut traîner la jambe sur le lit, relever un peu le pied et remuer les orteils ; aussi ce

membre n'est d'aucune utilité, et la marche n'est possible qu'à l'aide d'une béquille. Jusqu'à l'âge de 16 ans, deux béquilles ont même été nécessaires.

Le raccourcissement du membre inférieur n'est pas très prononcé.

Long. du tibia sain	32 cent.	Long. du tibia sain...	30,5
Long. du fémur sain	45 cent.	Long. du fémur malade.	44

La peau de la jambe est violacée, froide, peu sensible; mouvements articulaires libres et étendus.

Entre les épines iliaques antéro-supérieures.....	22
Entre les crêtes iliaques.....	26
Diamètre de Baudelocque.....	20
Hauteur du pubis gauche (niveau de l'épine).....	7
Hauteur du pubis droit.....	9

Ensellure lombaire assez prononcée.

Examen interne : Promontoire difficilement accessible; développement très suffisant de la moitié droite du bassin, que le doigt ne peut explorer sur toute son étendue. Epine sciatique peu saillante. Hypertrophie marquée des muscles tapissant cette moitié du bassin.

La paroi pelvienne gauche est, au contraire, très facilement accessible. On suit sans peine toute la région innominée comme les détails anatomiques de cette région. L'épine sciatique paraît saillante, surtout à cause de l'atrophie des masses musculaires. Le sinus latéral gauche est presque effacé. La courbure longitudinale du sacrum, très légèrement redressée est tournée du côté droit. Symphyse pubienne gracile, étroite, plus large que haute.

Il s'agit donc d'un bassin atrophié dans sa moitié gauche.

Ce travail commença dans la nuit du 7 au 8 décembre ; la poche se rompit. Le matin, la position était en oblique gauche. Le soir, seulement, vers 11 heures, la présentation atteignait le plancher, les douleurs se ralentissant et les bruits du cœur foetal se modifiant, on fait une application du forceps. Enfant bien portant.

OBSERVATION XIV (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr Potocki, à la Pitié).

Opération césarienne. Rétrécissement du bassin. Paralysie du membre inférieur gauche dans le premier âge. Recrudescence de la paralysie infantile pendant la grossesse.

V. J..., primipare, âgée de 23 ans, dentellière, entre dans le service de M. Potocki, à la Pitié, le 2 février 1914, parce qu'elle boîte et qu'elle craint un accouchement laborieux.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels : Nourrie par sa mère, elle a marché à onze mois, mais deux mois après elle fut atteinte de paralysie infantile portant surtout sur le membre inférieur gauche et sur le membre supérieur de même côté. La paralysie a duré deux ans au bras ; actuellement, il n'y a aucune atrophie et tous les mouvements se font bien. Mais l'atrophie a persisté sur la jambe gauche et la cuisse gauche et a retenti également sur le bassin de ce côté. Les muscles fessiers sont nettement atro-

phiés. La marche s'effectue sur le bord externe du pied, les mouvements actifs de flexion, d'extension sont impossibles.

Il y a deux mois, la malade aurait ressenti de l'engourdissement dans la jambe droite et des troubles de la marche. En même temps le pied s'est mis en varus-équin. M. Babinski l'examine et porte le diagnostic de poliomyélite, recrudescence de la paralysie infantile.

L'examen obstétrical. — La paroi pelvienne du côté droit présente un aplatissement; le côté gauche est atrophié et facilement accessible dans toute son étendue. L'épine sciatique paraît saillante.

La femme entre en travail le 9 avril et, malgré les contractions utérines intenses, la tête reste encore mobile le lendemain, ne progressant pas. Examinée par MM. Potocki et Sauvage, une opération césarienne est décidée.

M. Potocki fit l'opération césarienne avec succès pour la mère et l'enfant.

Mensuration.

Bassin : diamètre bi-iliaque	22	
— bacrète..	24	
— inter-ischiatique.....	7,5	
	Droit	Gauche
Fémur : de l'épine pubienne au condyle externe... ..	34	33
Tibia : du condyle interne du fémur à la malléole interne.....	34	32
Cuisse : à quatre travers du doigt au-dessus du condyle externe.	32	30
Mollet : circonférence maxima.....	25	23

OBSERVATION XV

(Achard et Leblanc, *Revue de Neurologie* du 30 janvier 1914).

Il s'agissait d'une femme atteinte à l'âge de 5 ans d'une paralysie infantile qui avait frappé les deux membres inférieurs et permettait la marche, mais avec une claudication très forte. En même temps que les membres inférieurs, la ceinture pelvienne était un peu atrophiée, ainsi que la musculature de la paroi antérieure de l'abdomen.

Or, cette malade s'étant mariée à 23 ans, une première grossesse eut lieu et l'examen obstétrical ayant été fait à cette occasion et ayant révélé l'étroitesse du bassin, l'accouchement fut provoqué trois semaines avant le terme et l'extraction de la tête ne se fit pas sans difficulté. L'enfant était, d'ailleurs, vigoureux. Depuis, deux autres grossesses furent menées à terme et ces deux nouveaux accouchements eurent lieu sans incident.

CONCLUSIONS

1° Il existe dans la paralysie infantile un bassin atrophique produit par les mêmes lésions médullaires qui provoquent les troubles moteurs et trophiques dans les membres inférieurs.

2° Les viciations pelviennes d'origine trophique peuvent être soit bilatérales et donner un bassin généralement rétréci, soit surtout unilatérales et donner un bassin asymétrique, rétréci seulement du côté atrophie.

3° L'atrophie du bassin dans la paralysie infantile n'est pas un fait commun ; elle est plutôt rare et ne se voit que dans des cas exceptionnels.

4° La revue générale des observations prouve que les viciations pelviennes dues à la claudication succédant à la paralysie infantile sont rarement une cause de dystocie ; les viciations pelviennes d'ordre trophique sont, en général, plus graves.

5° La dystocie résultant de l'atrophie du bassin est souvent légère et réduite par une simple application du forceps, quelquefois plus grave et nécessitant l'accouchement prématuré ; enfin parfois insurmontable et justiciable alors de l'opération césarienne.

Vu : par le Doyen,

LANDOUZY.

Vu : par le Président,

Ch. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et L. LEVI. — Radiographie des os dans la par. inf. (Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, Nov. 1897).
- ACHARD et JOFFROY. — Contribution à l'anatomie pathologique de la paral. spinale aiguë de l'enfance (Arch. de méd. expériment., 1889).
- ANDÉRODIAS. — Étude sur les bassins viciés par paral. infant. (Gaz. hebdom. de Sc. méd. de Bordeaux, n^{os} du 14 et du 21 oct. 1900).
- BAR. — La pratique de l'art des accouchements.
- BELLUZI. — Comptes rendus. Acad. Sc. Bologne, 1877.
- BLANC. — Comparaison du bassin de la par. infant. avec le bassin atrophique à proprement parler (Arch. de Tocologie, 1889).
- CHARCOT. — Leçons sur maladies du système nerveux.
- CHAMBRELEND. — Etude clinique sur l'atrophie congénitale ou acquise des membres inférieurs dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement (Ann. de gynéc., 1890).

DEPAUL. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, article « Bassin », t. VIII, p. 498, 1876.

DEJÉRINE. — Semeiologie des affections nerveuses, 1914.

Observation de KOURRER DE LEYDE. — (Repertoire universel d'obstétrique et de gynécologie, 1887).

GAUJOUX. — Conséquences obstétricales des viciations pelviennes consécutives à la par. inf. (Th. de Montpellier, 1911).

P. MARIE. — Leçons cliniques sur maladies du système nerveux, 1892.

PROUVOST. — Bassins viciés par boiterie (Th. de Paris, 1891).

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.

ROUX DE BADILHAC. — Etude sur les bassins viciés par par. infant. au point de vue obstétrical (Th. de Bordeaux), 1900.

SCHAUTA. — Handbuch der Geburtshilfe, Muller, t. II, p. 771, 1889.

